

Prof. J. Zwartendijk

Het uur U



Universiteit Leiden

Het uur U

Afscheidscollege uitgesproken door

Prof. J. Zwartendijk

ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar

in de Urologie

aan de Universiteit Leiden

op vrijdag 27 maart 2009



Universiteit Leiden

*Leden van de Raad van Bestuur van het LUMC, familie,
vrienden, collega's en andere aanwezigen,*

“Het was zaterdag.
De doodstille straat lag
te blakeren in de zon.
Een man kwam de hoek om.
Er speelde in de verte op de stoep
een groep kinderen, maar die groep
betekende niet veel,
maakte, integendeel,
dat de straat nog verlatener scheen.
De zon had het rijk alleen.
Zelfs zij, wier tweede natuur
hen bestemde, hier, op dit uur,
te wandelen: de student,
de dame die niemand kent,
de leraar met pensioen. ...”

Dit is het begin van een lang gedicht dat Martinus Nijhoff
publiceerde in het jaar 1938 getiteld: Het uur U.

Behalve de titel van een gedicht heeft ‘Het uur U’ meerdere
betekenissen. Zo wordt het gebruikt voor het laatste ogenblik,
in militaire kringen: het uur van de aanval,
Het uur U is aangebroken, het uur van de waarheid.
Welnu ik schets u mijn waarheid van de laatste periode dat ik
in het prachtige vak U in deze instelling heb mogen werken.
Vele periodes uit mijn loopbaan waren gekenmerkt door
simultane functies. Dit is natuurlijk geen bijzonderheid in een
Universitair Medisch Centrum waar iedereen in huis, maar
vooral ook buitenshuis in wetenschappelijke verenigingen
of beroepsinstanties actief is. Veelal komen daar nog
internationale activiteiten bij.
Na mijn specialisatie in Leiden, Rotterdam en Baltimore en
mijn fellowship in het Johns Hopkins Hospital te Baltimore
werd ik in 1978 aangesteld als chef de clinique bij mijn
voormalige opleider en grote leermeester professor Donker.

In 1979 nam hij afscheid. Ik heb zijn afscheidsrede er nog eens
op na gelezen.

Het ging “over kostenbeheersing in de klinische geneeskunde”.
Interessant is dat er gesteld wordt dat de afdeling urologie 26
bedden had voor 577 opnames waarbij 486 operaties werden
verricht. De gemiddelde verpleegduur was 11,8 dagen.
In Nederland gold voor “open” prostaatoperaties gemiddeld 20
opnamedagen, 5 preoperatief en 15 dagen postoperatief!
De discussie over kostenbeheersing in de geneeskunde
is nooit weggeweest in de 30 jaar nadien. Zo bleven het
”aanvraaggedrag” van diagnostiek, gebruik van antibiotica,
bloed en bloedproducten en de kosten van behandelingen
prominent op de agenda staan.

Kennelijk zijn we in 30 jaar niet in staat gebleken die
problemen op te lossen, ondanks voortdurende inspanningen
en doelmatigheidsslagen. Het gaat waarschijnlijk toch niet
lukken om steeds wisselende redenen. Hoop is gevestigd op
klinische paden waarbij vooraf de gewenste en benodigde
diagnostiek bij een aandoening wordt beschreven, evenals de
aard en inhoud van het behandeltraject en in het bijzonder de
ketenzorg. Dit zal ongetwijfeld kostenverlagend werken.
Maar nieuwe, vaak duurdere behandelingsmethoden
komen, disposables zijn er niet goedkoper op geworden, het
instrumentarium mag niet meer gedesinfecteerd worden
maar moet gesteriliseerd worden, hetgeen veel extra kosten
met zich meebrengt. Bovendien zal de vergrijzing en de vaak
grotere complexiteit van meerdere gelijktijdig optredende
aandoeningen bij patiënten de zorg kostbaarder maken.

Toch is er van alles veranderd. Zo bleek de opnameduur van de
urologische patiënt, de dagopnames niet meegerekend, in het
LUMC in 2008 gemiddeld 3,9 dagen te zijn en werd ongeveer
70 % van de operatiepatiënten geopereerd op dag van opname.
Dit was mede mogelijk geworden door de instelling van een
POS, een preoperatief spreekuur.
Van de 26 bedden hebben we al lang afscheid genomen.
De afdeling heeft geen eigen bedden meer. Er bestaat zelfs

geen afdeling meer. Op basis van de productieafspraken wordt verpleegcapaciteit ter beschikking gesteld op een kortverblijfsafdeling en een langverblijfsafdeling.

Vernieuwing van het vakgebied

In mijn oratie “Het vakgebied van de Urologie, begrensd of grenzeloos” besprak ik de stand van de Urologie in 1993. Sindsdien is de ontwikkeling van het vakgebied gestaag doorgegaan.

Zo is duidelijk geworden dat de bekkenbodem bij veel functionele klachten in de urologie een belangrijke rol speelt. Veel inzicht is verworven in het functioneren en de beoordeling van de bekkenbodem. Ook is veel inzicht verworven in de vrouwelijke seksualiteit bij urologische patiënten.

Bijzonder is naar mijn mening de ontwikkeling van de kijkbuischirurgie. De urologie, als vanouds bekend met endoscopie en endoscopische operaties, zoals cystoscopie, transurethrale prostatectomie en blaastumorchirurgie en in de tachtiger jaren uitgebreid met ureterorenoscopie en percutane nefroscopie, heeft volledig aangehaakt bij de trend om chirurgische procedures minimaal invasief te laten verlopen. Professor Van Kleef beschreef zo’n procedure in zijn oratie in 1993 nog “alsof een schilder door de brievenbus uw gang komt schilderen”. Het is dagelijkse praktijk geworden.

De behandeling van een patiënt met een lokaal beperkt prostaatkarcinoom, in een daarbij geschikt tumorstadium, is vrijwel uitsluitend een laparoscopische procedure waarbij de patiënt op de dag van opname wordt geopereerd en reeds de volgende dag naar huis kan worden ontslagen. Wekelijks worden er nu meerdere van deze ingrepen gedaan.

Terzijde, andere modaliteiten voor de behandeling van prostaatkarcinoom zoals brachytherapie, inwendige bestraling, worden in samenwerking met de afdeling radiotherapie ook toegepast. Hierbij worden onder echografische controle radioactieve jodiumzaadjes in de prostaat gebracht zodat de tumor wordt bestraald. Ook voor deze vorm van behandeling komen, evenals bij de laparoscopische prostatectomie, slechts geselecteerde patiënten in aanmerking.

Laparoscopische chirurgie wordt in voorkomende gevallen ook toegepast bij uitwendige bestraling van prostaatkanker als, op basis van nomogrammen, er een redelijke kans bestaat op de aanwezigheid van lymfkliermetastasen. De klieren kunnen dan vooraf aan een bestralingsbehandeling worden verwijderd en beoordeeld op aanwezigheid van metastasering. Indien negatief zal de in opzet curatieve bestraling van de prostaat volgen.

Het is niet toevallig dat ik uitwijk over de behandeling van prostaatkarcinoom. Het is de meest voorkomende tumor bij mannen en de voornaamste doodsoorzaak door kanker bij mannen. Prof. Schröder heeft met zijn groep aangetoond in zijn ERSPC studie (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer), dat screening dood door tumor met 20 % kan verminderen. Deze gegevens zijn recent gepubliceerd in de New England Journal of Medicine.

Helaas wordt door die screening ook een aanzienlijk aantal patiënten met prostaatkanker gevonden die niet door die tumor worden bedreigd maar die wel worden behandeld. Prostaatkanker kan een wolf in schaapskleren zijn, maar ook een schaap in wolfskleren.

Het oude adagium lijkt nog steeds te gelden dat er meer mannen met een prostaatkarcinoom overlijden dan erdoor. Een hinderlijke paradox dus. Deze uitspraak tegenover de grootste doodsoorzaak van kanker bij mannen.

Screening gebeurt met een bloedtest, PSA. Deze test is orgaanspecifiek en niet prostaatkankerspecifiek. Gezocht wordt naar een tumormerkstof die kankerspecifiek is en die bovendien, dat is nog belangrijker, de agressieve tumoren van de niet agressieve kan onderscheiden. Helaas is die tumormerkstof nog niet gevonden. Vele onderzoekers proberen betere markers te vinden. Onlangs is gesuggereerd dat de metaboolt sarcosine, meetbaar in urine, een bruikbare merkmorf, signaalstof, met betrekking tot progressie van prostaatkanker zou zijn. Hopelijk zullen we hier meer van horen.

Terug naar de laparoscopie

Vele andere ingrepen worden tegenwoordig in onze kliniek laparoscopisch uitgevoerd. Ik noem er nog enkele: tumornefrectomie, partiële tumornefrectomie, pyelumplastiek en zo meer. Zelfs is ook een aantal malen een retroperitoneale lymfklierdissectie verricht bij gemetastaseerde testistumoren na behandeling met chemotherapie. Het eind van deze ontwikkeling is nog lang niet in zicht.

Deze laparoscopische behandelingen zijn natuurlijk niet uniek voor de urologie. Met name de Gynaecologie en Heelkunde gingen ons voor met deze techniek. De organisatie faciliteerde deze nieuwe chirurgische behandelingen door het inrichten van speciaal voor dit doel ontworpen operatiekamers, waarvan de eerste in 2006 in gebruik werd genomen. Een tweede is intussen voor dit doel geschikt gemaakt met de daarbij behorende geavanceerde audiovisuele middelen.

Een discussie die ik hier niet onvermeld wil laten is de discussie over de operatierobot. Dit blijkt tot nog toe een discussie tussen “gelovigen en ongelovigen”. Ervaren laparoscopisten voeren ingrepen sneller uit dan robotchirurgen en aanzienlijk goedkoper door beperkt gebruik van disposables. De resultaten van de behandelingen blijken vergelijkbaar.

Helaas wordt door sommige collega's, waar het ziekenhuis wel tot aanschaf is overgegaan, graag “geadvertiseerd” met de robot en blijkt dit voor een patiënt aantrekkelijk te zijn door een robot te worden geopereerd. Maar de dure robot opereert niet zelf. Dat doet een uroloog, chirurg zo u wilt, die op afstand, vanuit een console, de armen van deze zogenaamde robot bestuurt.

De laparoscopische chirurgie is niet de enige techniek die zijn intrede heeft gedaan in de praktijk van de minimaal invasieve behandelingen. Zo kunnen kleine niertumoren worden vernietigd door, onder CT-geleiding, de afwijking te bevriezen of te verhitten. Dit gebeurt met de hulp van of door interventieradiologen. Bevriezen, verwarmen en verhitten wordt overigens ook bij andere tumoren toegepast en is dus niet nieuw; de uitvoering, de manier waarop wel.

Een nadeel van geavanceerde chirurgische technieken is de leercurve die doorgaans niet steil verloopt. Dit heeft gevolgen voor de opleiding van aio's, artsen in opleiding tot specialist. Ondanks het in gebruik nemen van skillslabs waar de laparoscopische technieken kunnen worden geoefend dreigt er momenteel een cohort aio's te zijn die deze technieken beperkt beheerst, terwijl de vraag naar deze vaardigheid bij deze jonge collegae vaak expliciet wordt vereist bij eventuele vestiging. In het Concilium Urologicum is daarom gepleit voor fellowship-programma's waarbij in navolging van de chirurgie de aio's een vervolgopleiding kan volgen. Hoewel het idee is omarmd door het Concilium, blijkt de verwezenlijking hiervan niet eenvoudig: ten eerste betekent dit een verdere verschraling voor de aio's en ten tweede zou hiervoor extra financiële ruimte beschikbaar moeten komen.

Vroeger zou nog sprake kunnen zijn van substitutie van een aio's-plaats naar een fellow-plaats. Dit is niet meer mogelijk. Dit komt door verandering van financiering van de artsen in opleiding. In het verleden werd een aio's aangesteld door het ziekenhuis (of de maatschap). Financiering werd onderhandeld met de zorgverzekeraar. Als een plaats tijdelijk niet werd ingevuld, bijvoorbeeld door voortijdige beëindiging van een opleiding, kon, daar er dan ruimte in de formatie was, een anios, een arts niet in opleiding tot specialist, worden ingezet.

Hoe verliep de aanstelling

In de 80-er jaren kwam de Nederlandse Vereniging voor Urologie al tot de conclusie dat het maatschappelijk onverantwoord was te veel, maar ook te weinig specialisten op te leiden. Er werd een toelatingscommissie ingesteld die op basis van vele factoren een behoefteraming vaststelde. Die raming werd doorgaans overgenomen door de opleiders in de opleidingsklinieken. Voor bijzondere situaties werd naar oplossingen gezocht. Dit proces werd zeer gewetensvol uitgevoerd en heeft binnen het specialisme dan ook niet tot excessen, naar boven of naar onderen, geleid.

Selectie van assistenten vond “centraal” plaats. De geselecteerden konden in de clusters solliciteren op de toegemeten plaatsen. Medio 1999 is de stichting “Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen” (kortweg “Capaciteitsorgaan”) opgericht door organisaties van medische en tandheelkundige beroepsgroepen, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen. Dit orgaan stelt sindsdien jaarlijks ramingen op (landelijk) van het aantal op te leiden specialisten. Er bleek een redelijke overeenkomst tussen ramingen van de beroepsgroep en die van het capaciteitsorgaan. De rol van dit capaciteitsorgaan is opgegaan in het CBOG, het College voor Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg.

De huidige procedure

Enkele jaren geleden is de financiering van de aio's door de overheid op de schop genomen.

De ziekenhuisformaties zijn geschoond voor hun aio's-formatie en die gelden zijn gestort in een opleidingsfonds. Dit fonds is op 1 januari 2007 door VWS opgericht en opgegaan in het CBOG. Het CBOG richt zich op de cure, de care en de publieke gezondheidszorg. Het formuleert kaders waarbinnen de planning en ramingen worden opgesteld voor de benodigde opleidingscapaciteit van opleidingen die binnen het opleidingsfonds vallen. De kaders worden mede bepaald door te verwachten nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de beroepenstructuur en de beroepsuitoefening. Het CBOG geleidt deze ramingen door naar de minister en voegt er desgewenst een eigen advies aan toe. Nadat de minister de totale hoeveelheid middelen heeft vastgesteld verzoekt het CBOG aan het BOLS een voorstel voor de toewijzing op te stellen. Vervolgens wordt de minister geadviseerd. Het BOLS staat voor Bestuurlijk Overleg Lichtvoetige Structuur, een overlegstructuur tussen NFU, NVZ, en Orde van Medisch Specialist. Het “veld”. Het woord lichtvoetig heb ik in dit verband nooit begrepen. Ook is er nog een BOLS+. Hier wordt ook ZN in het overleg betrokken rond de opleidingsplaatsen.

Het CBOG wil een SPOC zijn, een “single point of contact”, tussen het veld en het ministerie op het gebied van opleiden. VWS stimuleert dat er op landelijk niveau voldoende opleidingsplaatsen zijn voor daarvoor geselecteerde zorgopleidingen. De minister laat, zoals gezegd, zich adviseren door het CBOG. Het opleidingsfonds regelt de bekostiging van zorgopleidingen (zoals de opleiding tot chirurg, uroloog, radioloog, gynaecoloog of psychiater). Dit opleidingsfonds moet voorkomen dat de zorgsector te weinig mensen opleidt of dat er marktverstoring optreedt.

Het subsidiëren van opleidingsplaatsen start zodra het ingewikkelde “toewijzingsproces” is afgerond. Het toewijzen van de opleidingsplaatsen per tranche, er zijn er twee, verloopt in een aantal fasen:

- Toewijzingskader
- Afwegingskader
- Toewijzingsvoorstel
- Verdeelplan.

De opleidingsinrichtingen kunnen subsidie aanvragen voor opleidingsplaatsen in overeenstemming met het verdeelplan. Na vaststelling van dit plan ontvangen de opleidingen een aanvraagformulier voor subsidie vanuit het opleidingsfonds op basis van een vaste normvergoeding per daadwerkelijk gerealiseerde opleidingsplaats (= prestatiebekostiging). Ingewikkeld? Het wordt nog ingewikkelder. Om het beeld nog verder te compliceren wil de minister de opleidingsassistenten toewijzen aan klinieken die zich op kwalitatieve gronden onderscheiden.

De opleidingen moeten kwalitatief hoogwaardig, doelmatig en transparant zijn. Het ECRi (Erasmus Competition and Regulations Institute) heeft op verzoek van VWS onderzocht hoe dat kan worden bevorderd en in december 2006 het rapport uitgebracht: ‘Naar een meer transparante opleidingsmarkt. Marktprikkels in het opleidingsfonds’.

De uitkomst: Er moeten objectieve kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld.

Eén zo'n indicator, de PHEEM, de Postgraduate Hospital Educational Environment Measure, is onderzocht door het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG). De PHEEM bestaat uit 40 items die opgesteld zijn in de vorm van stellingen. De respondenten, de aio's of co-assistenten, de PHEEM is ook bruikbaar voor beoordeling van co-schappen, moeten bij ieder item aangeven in hoeverre ze het met de stelling eens zijn.

De verschillende antwoordmogelijkheden zijn: 'geheel oneens' (0 punten), 'oneens' (1 punt), 'neutraal' (2 punten), 'eens' (3 punten), 'geheel eens' (4 punten).

Een van de conclusies: (de laatste van 6)

"Hoewel het door het (soms zeer) geringe aantal waarnemingen per Opleidingsziekenhuis niet mogelijk is 'harde' conclusies te trekken, laat zowel de gemiddelde PHEEM-totaalscore als de spreiding ervan zien dat tussen ziekenhuizen onderling verschillen bestaan".

De minister heeft intussen bepaald dat:

"Voor een beter op de kosten toegesneden opleidingsvergoeding zal ik beleid ontwikkelen.

Ik wil de mogelijkheid onderzoeken om in 2011 te starten met een experiment met aanbesteding van de opleidingsplaatsen.

Een deel van opleidingsplaatsen dient op basis van kwaliteitscriteria te worden toegewezen. Daarvan dienen in ieder geval de opleidingsplaatsen heelkunde (4) en interne geneeskunde (34) die voor het subsidiejaar 2009 daartoe door mij zijn aangemerkt, deel uit te maken."

Toewijzing op kwalitatieve gronden heeft mijns inziens redelijke elementen. De beste opleiding krijgt de meeste aio's, als ze dat al willen. Ook kunnen klinieken die nu geen aio's hebben zich wellicht kwalificeren voor een opleiding, wat ten koste van een ander zal gaan.

Een aspect van marktwerking in de gezondheidszorg.

Een groot nadeel van het huidige systeem is dat het geen rekening houdt met de bedrijfsvoering van opleidingsafdelingen. In de nieuwe systematiek van

subsidiering van de aio's is er geen budget voor een afdeling als er (tijdelijk) geen aio's is. En ook kan de eerder genoemde substitutie niet meer plaats vinden. Pas, en dat lijkt me nog toekomst, als de aio's geen onderdeel meer uitmaakt van de bedrijfsvoering en zelf met zijn rugzak met geld zijn opleiding op wisselende plaatsen gaat inkopen (modulair) is dit probleem verdwenen. Hoe de dan weggevallen capaciteit uit de gezondheidszorg moeten worden opgevuld en bekostigd is mij een raadsel.

De werktijden

De volledige arbeidsduur voor arts-assistent bedraagt 2392 uur per jaar en gemiddeld 46 uur per week (art. 13.3 CAO). Bij deze arbeidsduur hoort een werktijdenregeling met vaak ingewikkelde aanwijzingen. Op de details zal ik niet ingaan. Deze werktijdenregeling bleek nodig wegens de te lange werkweken van aio's in menige opleiding. Naleving wordt beoordeeld door de arbeidsinspectie aan de hand van roosters en werktijdenregistratie maar is doorgaans ook een onderwerp bij de opleidingsvisitaties. Zowel in het verleden en zoals onlangs nog bleek ook in het heden, worden werktijden overschreden.

Een recent persbericht van de arbeidsinspectie: "Arts-assistenten draaien te veel uren tijdens een dienst en krijgen te weinig rust. De daadwerkelijk gewerkte uren liggen door druk van bovenaf vaak hoger dan de geregistreerde gewerkte uren! Daarnaast heeft iets meer dan de helft van de arts-assistenten in de geïnspecteerde ziekenhuizen regelmatig of structureel te maken met stress op het werk.

De grootste bronnen van stress zijn de hoeveelheid en zwaarte van het werk en het contact met leidinggevenden". De Arbeidsinspectie constateerde 98 overtredingen bij 26 van de 31 gecontroleerde ziekenhuizen. De overtredingen betroffen met name het te lang werken, tot zelfs 21 uur achter elkaar, te weinig rust per week en te veel bereikbaarheidsdiensten achter elkaar. Dat dit incidenteel voorkomt is in mijn ogen niet schokkend. Het hoort bij afdelingen waar geen 24 uurs-rooster is met ploegendiensten. Het zal ons allemaal zijn overkomen.

De meeste ziekenhuizen zijn geselecteerd omdat zij slecht scoorden bij eerdere inspecties.

De Arbeidsinspectie stelt verder vast dat de geïnspecteerde ziekenhuizen vergeleken met eerdere inspecties slechts beperkte vooruitgang hebben geboekt.

Een belangrijke belemmering voor het naleven van de regels is de heersende cultuur van ‘lange werkdagen horen erbij’. De inspectie controleert in 2010 of de sector zich beter aan de regels houdt. ”Dit zal waarschijnlijk het geval zijn sinds er naast werktijdenregistratie ook overurenregistratie is die sinds kort worden vergoed”.

Ik ben altijd een voorstander geweest van reële werktijden. Jammer dat het nodig was een werktijdenregeling af te dwingen. Registratie door aio’s urologie leverde resultaten op die aangaven dat er binnen het toegestane aantal uren wordt gewerkt. Dit zegt overigens niet dat je dan niet in overtreding kan zijn. De weekeinddiensten zijn op hun eigen verzoek ongedeeld. Dit is in strijd met de regels. Ik meen niettemin dat het bij de urologie in onderling overleg goed geregeld is. Dit geldt overigens ook voor onze clusterpartner, de afdeling Urologie van het Haga ziekenhuis in Den Haag.

Kwaliteit

Kwaliteit en de klant. Niet alleen bij de opleidingsaspecten speelt de overheid een steeds grotere rol. Ook op het gebied van kwaliteit is dit het geval. We kennen verschillende wetten zoals: Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Gezondheidszorg (WKCZ), Wet BIG en de WGBO. Bovendien is er de IGZ, de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Jaren geleden heeft het LUMC zich aangemeld voor het proefproject accreditatie bij het NIAZ. In 1998 is dit instituut, Nederlands Instituut voor Accreditatie Ziekenhuizen, opgericht door de branchevereniging van ziekenhuizen en de Orde van medisch specialisten.

Uit de brochure: “Een geaccrediteerde instelling is adequaat en veilig georganiseerd. Daarop kunnen derden, zoals patiënten en verzekeraars, vertrouwen.”

En verderop: “De norm schrijft geen bepaalde aanpak van kwaliteitszorg voor.

Het behalen van een NIAZ-accreditatie betekent dus niet dat instellingen voor een specifiek ‘systeem’ moeten kiezen. De norm geeft aan wát er geregeld moet zijn, niet hóe dat gebeurt. De zorginstelling bepaalt zelf hoe ze haar kwaliteit wil borgen en ervoor zorgt aan de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie te voldoen.”

Het LUMC heeft twee maal het accreditatiebewijs gekregen en het ziet er naar uit dat dit, na een week durende audit door meerdere auditoren in december 2008, opnieuw voor vier jaar het geval zal zijn. Een compliment voor de RvB en de rest van de organisatie.

Maar wat kan de patiënt hiermee. Naar mijn idee niet genoeg. Accreditatie zegt veel over de instelling maar niet welke behandeling de patiënt mag verwachten van zijn specialist. Hiertoe zijn alleen uitkomstmaten van belang (uitkomstindicatoren).

Sommige specialismen hebben al grote vorderingen gemaakt met uitkomstmetingen. Ik noem hier bijvoorbeeld de thoraxchirurgie die de Euroscore heeft ontwikkeld.

In 2004 is door zorginstellingen, in overleg met de IGZ, een basisset prestatie-indicatoren ontwikkeld en sindsdien zijn er vele aan toegevoegd.

De bedoeling hiervan was dat men zijn prestaties kon meten, kon verbeteren en vergelijken met andere zorgaanbieders. Voor het zo ver is zijn er nog vele verfijningen van het systeem noodzakelijk. Intussen worden wel, mede op grond van de prestatie-indicatoren, ranglijsten gepubliceerd van beste ziekenhuis, afdeling of maatschap. Dit levert taart, verdriet, scepsis en ongeloof op, maar het is wel een werkelijkheid om rekening mee te houden.

Naast uitkomstmeting zijn mijns inziens tevredenheidsmetingen bij patiënten zeer belangrijk. Wij zijn er voor de patiënt, de patiënt is er niet voor ons.

Op het gevaar af nog meer onderdelen uit de afscheidsrede van Prof. Thomeer te herhalen laat ik het hierbij. Jarenlang was Thomeer voorzitter van het bestuur stafconvent, dat onder zijn leiding voornamelijk over kwaliteitsaspecten van

het huis vergaderde. Het werd daarom omgevormd tot de Lijncommissie Kwaliteit Patiëntenzorg (LKP). Deze commissie probeert in brede zin kwaliteit in het LUMC te bewaken en te bevorderen. Dit gebeurt met behulp van een tiental sub-commissies, maar ook door vragen betreffende kwaliteit en verantwoordelijkheid te stellen en problemen te benoemen en daarvoor oplossingen te helpen bedenken. Vervolgens kunnen de RvB en/of de divisies worden geadviseerd. Belangrijk is ook dat deze commissie uitvoering kan geven aan huisbrede kwaliteitsproblemen die door de Centrale Klachten Commissie worden gesignaleerd en naar oplossingen en verandering van procedures kan streven.

De voorzitter van die Centrale Klachten Commissie is daarom ook lid van de LKP, evenals de directeur Medische Zaken.

De divisievoorzitters en twee leden per klinische divisie maken eveneens deel uit van de LKP. De activiteiten van deze commissie laten overigens onverlet het kwaliteitsmandaat dat is belegd bij de divisies en directoraten.

Van de Lijncommissie naar de Lijn

In maart 1985 werd het rapport Bestuurlijke Organisatie gepresenteerd, het begin van een traject gemakshalve aangeduid met divisionering.

Eerst werd de topstructuur in beeld gebracht door Twijnstra Gudde, die in 1986 het “Advies Topstructuur Academisch Ziekenhuis Leiden” uitbracht, dat in 1987 werd overgenomen door het AZL, gevolgd door het rapport “Modernisering Organisatie Academisch Ziekenhuis Leiden, Bestuurlijke organisatie divisies. Voorlopig model, taken en bevoegdheden” uit 1988.

In de jaren 1988 en 1989 werd een toetsing uitgevoerd over de haalbaarheid van divisies.

Reeds op 01-01-89 vond de start plaats van Divisie 1 bestaande uit Algemene Heelkunde, Anesthesiologie en TOUR: Thoraxchirurgie, Orthopedie, Urologie en Revalidatie. Vrij snel werd de manager OK hieraan toegevoegd. Er werd een Bestuursgroep ingesteld, een Groot Management Team (GMT), de verzameling van afdelingshoofden “die het voor het zeggen had”, en een Klein Management Team (KMT),

bestaande uit medisch manager, de voorzitter, verpleegkundig manager en beheerder, voor het dagelijkse bestuur van de divisie.

Tegelijk werd in die periode door het AZL naar de haalbaarheid gekeken van integratie van Rijnnoord in het AZL.

Vrijwel vanaf het begin ben ik lid geweest van KMT en GMT Divisie 1. De organisatie bleef leren en de lijn werd meer een lijnorganisatie toen het KMT de verantwoordelijkheid kreeg voor het bestuur en management van de divisie en de mandaten kreeg zoals het P, F en later Q-mandaat. Aan die modernisering lagen de rapporten van Ernst & Young “uitgangspunten voor de besturing en bedrijfsvoering van het LUMC” uit 1999 en het Uitvoeringsplan hiervan in 2000 ten grondslag.

Het zal u opvallen dat hier niet meer gesproken werd over het AZL maar het LUMC.

In 1996, een jaar na de “laatste” verhuizing naar gebouw 1, was de bestuurlijke integratie van AZL en Faculteit der Geneeskunde tot stand gekomen. De Decaan trad toe tot de RvB.

Er waren goede afspraken met de Rijksuniversiteit Leiden gemaakt. Dat er op verschillende plaatsen in de organisatie verschillende CAO's van toepassing waren bleek onwenselijk, zodat per 1 april 2001 alle universitaire, facultaire medewerkers, op een enkele uitzondering na, werden overgeplaatst naar het AZL, en werd dus de CAO, de CAO Academische Ziekenhuizen, later CAO Universitair Medische Centra van toepassing.

Optimale omstandigheden voor de ontwikkeling van translationele geneeskunde “from bed to bedside”.

De Honoreringsregeling Academisch Medisch Specialisten (HAMS) was al per 1 juli 1999 tot stand gekomen en daarmee was het recht van (particuliere) praktijkvoering en declaratie verdwenen. Jammer, maar toch een groot goed. Ware dit elders ook het geval, dan zou regionale samenwerking veel makkelijker van de grond komen dan nu het geval is. Maar dit terzijde.

Een vitale organisatie blijft in beweging.

In 2001 werden de directoraten hervormd op basis van de Nota

“In beweging”, maar werd ook voortdurend de divisiestructuur bijgesteld en gemoderniseerd, waarbij nieuwe ontwikkelingen werden gecodificeerd in nieuwe reglementen in augustus 2003 en vervolgens in 2006. In dat jaar werd op functionele gronden een herschikking van afdelingen in de divisies uitgevoerd. De CSD en dienst Fysiotherapie werden ondergebracht bij Divisie 1. Taken en bevoegdheden van het divisiebestuur werden steeds aangepast en overlegstructuren vereenvoudigd. Ook kregen de divisies een rol bij het overleg met sommige externe partijen. (GHOR, Traumacentrum, Huisartsen).

Bij het hier summier beschreven proces van organisatieverandering en -aanpassing ben ik gedurende vele jaren als divisievoorzitter betrokken geweest. Voor mij een fantastische combinatie van de kerntaken als medisch specialist en de bestuurlijke taken en managementverantwoordelijkheid. Ik heb het als een voorrecht beschouwd dit zo lang te hebben mogen doen. Dit was alleen mogelijk door vertrouwen dat gegeven werd door de RvB, de afdelingshoofden, de collega's en alle anderen met wie ik te maken heb gehad in deze prachtige instelling. Mijn oprechte dank hiervoor.

Dames en heren, ik heb u een onvolledig beeld geschetst van mijn activiteiten in het LUMC.
Ik heb er van genoten.

“Hoe mooi anders, ach, hoe mooi
zijn bloesems en bladertooi.
Hoe mooi? De hemel weet hoe.
Maar dat is tot daaraantoe.

Hier eindigt Het uur U.
Ik heb gezegd.

Prof. J. Zwartendijk (Boskoop, 1944)



1969 Artsexamen R.U. Leiden
1970-1971 Militaire dienst, Koninklijke Marine
1971-1977 Specialisatie Urologie
1977-1978 Resident en Fellow Johns Hopkins Hospital,
Baltimore, USA
1978-2009 Uroloog AZL /LUMC

Functies: Chef de Clinique Urologie van 1978 tot 1987
Waarnemend afdelingshoofd van 1987 tot 1992
Hoogleraar-afdelingshoofd van 1992 tot 2009
Opleider Urologie van 1987 tot 2009
Voorzitter Bestuur Divisie 1 van 1992 tot 2009

Verder: Vele bestuurlijke activiteiten vervuld in binnen- en
buitenlandse beroepsverenigingen
Lid-beroepsgenoot van het Centraal Tuchtcollege
voor de Gezondheidszorg



Universiteit Leiden